

第26回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

記入例（見込）

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 会長 殿

※試験後、「確定」で再提出

所在地
 (法人等団体名)
 施設又は事業所名
 代表者 職・氏名
 担当者氏名
 連絡先電話番号



※公印のないものは無効

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和5年 6月 10日	注) 申込期間(6月1日～26日)の日付で証明してください。
フリガナ	アオバ ヒカリ	生年月日
受験申込者氏名	青葉 ひかり	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 55年 12月 21日生 <input type="checkbox"/> 平成
施設または事業所	名称	せり病院 西十字訪問看護ステーション
	所在地 ※1	〒980-0011 仙台市青葉区上杉〇丁目〇番地 ※1 勤務先の施設又は事業所の所在地を記入してください。
	事業所番号 ※2	0 4 0 0 0 0 0 0 0 0 ※2 宮城県又は市町村から指定を受けた、10桁の事業所番号を記入してください。 (介護保険制度または障害者総合支援制度に基づく)
開設日・指定日 ※3	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 23年 9月 6日	※3 指定・許可・認可・承認を受けた日、または事業開始の届出日を記入してください。
受験資格 ※4	<input checked="" type="checkbox"/> 法定資格に基づく業務【別表1】 (法定資格名) <u>看護師</u> (登録年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 21年 4月 20日	受験資格コード【別表1・2】 0 0 1 4
	<input type="checkbox"/> 相談援助業務【別表2】 (相談援助業務名) _____	※4 法定資格に基づく業務の場合、受験者本人に資格登録年月日を確認して記入してください。
証明日現在の状況 (回答必須) ※5	当該施設または事業所で、受験資格に該当する業務に <input checked="" type="checkbox"/> 従事している / <input type="checkbox"/> 休職中 / <input type="checkbox"/> 異動・退職した ※5 該当する□欄に✓を付してください。	
対人直接援助業務 従事期間 ※6・※7	(従事開始) <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30年 9月 1日から ※6 事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日より後であることを確認してください。	
	(従事終了) _____ 令和 5年 10月 7日まで ※7 試験前日(10月7日)までの従事期間を証明してください。	
従事期間中の 従事日数 ※8	1,200 日	※8 除外する日：①休日(週休日を含む)、②病気、③研修、④休職等、業務に従事しなかった日。 産前産後休暇は、従事期間には含まれますが、 従事日数 からは除外してください。
具体的業務内容	(1) 施設または事業の種別	(2) 法定資格名・相談援助業務名
	訪問看護サービス事業所 における	看護師 として
備考欄 ※9	産前産後休暇： 他の除外期間： その他特記事項： <u>令和元年に移転(旧住所：宮城県仙台市〇〇区〇〇丁目〇〇番地)</u> ※9 除外期間は、理由、期間の開始日・終了日が分かるように記入してください。	

【注意】

- **受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります** (個人開業者は除く)。**訂正箇所には公印を押印してください。**
必ず、団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、【別表1・2】(⇒P23～24)及び「実務経験証明書 記入要領」(⇒P30)を参照してください。
- 様式は、試験実施本部(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会)のホームページよりダウンロード可能です。
- ※ 虚偽や不正が判明した場合、介護保険法の規定に基づき、合格決定や介護支援専門員の登録を取り消し、または受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄

第26回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

見込

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 会長 殿

※試験後、「確定」で再提出

所在地
 (法人等団体名)
 施設又は事業所名
 代表者 職・氏名
 担当者氏名
 連絡先電話番号



※公印のないものは無効

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和5年 月 日	注) 申込期間(6月1日～26日)の日付で証明してください。
フリガナ		生年月日
受験申込者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成
施設または事業所	名称	
	所在地 ※1	〒 ※1 勤務先の施設又は事業所の所在地を記入してください。
	事業所番号 ※2	※2 宮城県又は市町村から指定を受けた、10桁の事業所番号を記入してください。 (介護保険制度または障害者総合支援制度に基づく)
	開設日・指定日 ※3	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ※3 指定・許可・認可・承認を受けた日、または事業開始の届出日を記入してください。
受験申込者	受験資格 ※4	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく業務【別表1】 (法定資格名) _____ (登録年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 相談援助業務【別表2】 (相談援助業務名) _____ 受験資格コード【別表1・2】 ※4 法定資格に基づく業務の場合、受験者本人に資格登録年月日を確認して記入してください。
	証明日現在の状況 (回答必須) ※5	当該施設または事業所で、受験資格に該当する業務に <input type="checkbox"/> 従事している/ <input type="checkbox"/> 休職中/ <input type="checkbox"/> 異動・退職した ※5 該当する□欄に✓を付してください。
	対人直接援助業務 従事期間 ※6・※7	(従事開始) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から ※6 事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日より後であることを確認してください。 (従事終了) 令和 5年 10月 7日まで ※7 試験前日(10月7日)までの従事期間を証明してください。
	従事期間中の 従事日数 ※8	日 ※8 除外する日:①休日(週休日を含む)、②病气、③研修、④休職等、業務に従事しなかった日。 産前産後休暇は、従事期間には含まれますが、 従事日数 からは除外してください。
	具体的業務内容	(1) 施設または事業の種別 (2) 法定資格名・相談援助業務名 (3) (2)に基づく本来業務 における として 業務に従事
備考欄 ※9	産前産後休暇: 他の除外期間: その他特記事項: ※9 除外期間は、理由、期間の開始日・終了日が分かるように記入してください。	

【注意】

- **受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります** (個人開業者は除く)。**訂正箇所には公印を押印してください。**必ず、団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、【別表1・2】(➡P23～24)及び「実務経験証明書 記入要領」(➡P30)を参照してください。
- 様式は、試験実施本部(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会)のホームページよりダウンロード可能です。
- ※ 虚偽や不正が判明した場合、介護保険法の規定に基づき、合格決定や介護支援専門員の登録を取り消し、または受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄